Titres

et

Travaux

Scientifiques

DU

Docteur Louis DUBRISAY

1904

TITRES SCIENTIFIQUES

Préparateur à la Faculté de Médecine, 1884.
Préparateur du cours d'accouchements de la Faculté de Médecine, 1901.
Externe des hôpitaux, 1886.
Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, 1890. (Médaille de bronze de l'Assistance publique.)
Interne à la Maternité de la Charité, 1893 (Service du Pr Budin.)
Docteur en médecine de la Faculté de Paris, 1894.
Chef de clinique d'accouchements, 1895-1898 (Service du Pr Tarnier et service du Pr Budin.)
Membre titulaire de la Société d'Obstétrique de Paris.
Membre de la Société Obstétricale de France.
Admissible aux épreuves définitives du concours d'agrégation d'accouchement pour la Faculté de Paris, 1901.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Médaille d'argent des épidémies. (Choléra 1892.)
Officier d'Académie.

ENSEIGNEMENT

Cours sur les soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, aux écoles municipales d'infirmières, depuis 1893.

Moniteur de manœuvres obstétricales à la Faculté de Paris en 1894.

Cours théorique d'accouchements professé à la Clinique Tarnier (Service du Pr Budin, de 1898 à 1904.)

Conférences de séméiologie obstétricale faites à la Clinique Tarnier (Service du Pr Budin, de 1898 à 1904.)

Assistant d'enseignement à l'hôpital Lariboisière : cours de clinique-annexe de la Faculté de Médecine (Service du Dr Bonnaire), depuis 1899.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PUBLICATIONS NON OBSTÉTRICALES

Anévrisme de la crosse de l'aorte. (Société anatomique, 1890.)

Compte rendu du Congrès d'hygiène de Londres. (France médicale, août-septembre 1891.)

La conférence de Venise. Cours du Pr Proust. (Gazette des hôpitaux, 1892.)

PUBLICATIONS OBSTÉTRICALES

Infection du fœtus par contamination buccale. En collaboration avec le Dr Legry. (Presse médicale, 12 avril 1894.)

Observation d'accouchement méthodiquement rapide. (In Th. de M. Bottiau, Paris, 1894.)

De la version dans les bassins rétrécis. (Th. inaugurale, Paris, 1894.)

Note sur un cas de pseudo-infection puerpérale d'origine intestinale. (France médicale, avril 1895.)

Observation d'infection puerpérale traitée par l'écouvillonnage. (France médicale, 1895.)

Observation d'infection puerperale traitée par le sérum antistreptococcique de Marmorek. (Soc. obst. de France, 1896.)

Présentation de pièces provenant d'une femme morte d'embolie consécutive à une phlegmatia alba dolens. En collaboration avec le Dr Thoyer-Rozat. (Soc. anatomique, janvier 1897.)

Recherches cliniques sur les mensurations de la tête fœtale à travers la paroi abdominale. En collaboration avec le Dr Perret. (Soc. obst. de France, 1897.)

Statistique des accouchements prématurés provoqués à la clinique Tarnier en 1897. (Soc. obst. de France, 1898.)

Note sur un monstre atteint de proencéphalie et de syndactylie. (Soc. d'obst. de Paris, 1898.)

Observation de vaginite granuleuse, ophtalmie purulente de l'enfant et consécutivement galactophorite de la mère. En collaboration avec le Dr Valency. (Soc. d'obst. de Paris, 1898.)

Un cas de grossesse extra-membraneuse, enfant vivant. (Soc. d'obst. de Paris, 1899.)

Deux cas de stercorrhémie pendant les suites de couches. (Soc. médico-chirurgicale, 1899.)

Statistique des applications de forceps faites à la clinique Tarnier en 1898 et 1899. En collaboration avec le Dr Thoyer-Rozat. (Soc. obst. de France, 1899.)

Deux observations d'enfants débiles (Soc. obst. de France, 1899.)

Deux observations de dilatation artificielle du col. Procédé bi-manuel Dr Bonnaire. (Soc. d'osbt. de Paris, 1899.)

Deux cas d'éclampsie traités par l'accouchement méthodiquement rapide. (Soc. d'osbt. de Paris, 1900.)

Appendicite pendant les suites de couches. (Soc. obst. de France, 1901.)

Un cas de grossesse extra-membraneuse. (Soc. d'obst. de Paris, mars 1901.)

Consultations de nourrissons. (Soc. obst. de France, 1902.)

Allaitement au sein. (Rapport à la Soc. médico-chirurgicale, 1902.)

Note sur un cas d'inversion utérine. En collaboration avec le Dr Boissard. (Soc. d'obst. de Paris, 1902.)

Un cas de môle hydatiforme. (Soc. med. du Louvre, 1903.)

Un cas de placenta prævia par glissement. (Soc. d'obst. de Paris, 1903.)

Précis d'accouchement (1903.) (En collaboration avec le Dr Jeannin).

De la présentation du siège décomplété mode des fesses (mensurations, statistiques). (Soc. obst. de France, 1904.)

Analyse des principales Publications obstétricales

Grossesse, Accouchements, suites de Couches

Deux observations de grossesse extra-membraneuse.

(*Soc. d'Obst. de Paris*, février 1899 et mars 1901.)

Il nous a été donné, à deux ans de distance, d'observer deux cas de grossesse extra-membraneuse, dans lesquelles nous avons pu établir le diagnostic de cette affection au cours de la grossesse.

Les faits, qui se sont multipliés depuis cette époque, sont bien connus depuis le mémoire de M. Bar à la Société d'Obstétrique de Paris en avril 1898 et la thèse de M. Glaize (1900), thèse publiée sur les indications de M. Maygrier.

Les symptômes que nous avons observés dans nos deux cas sont toujours les mêmes, ils consistent dans un écoulement persistant de liquide amniotique survenu, dans le premier cas, au quatrième mois, dans le deuxième, au troisième mois de la grossesse. — Les deux fois, l'accouchement a eu lieu à 7 mois et les fœtus se présentaient par le siège décompleté mode des fesses. — Dans notre première observation, nous avons eu la bonne fortune d'avoir un enfant vivant (actuellement encore), le seul, croyons-nous, qu'on ait eu vivant dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour.

Les deux placentas étaient identiques. Bordés tous deux, la masse placentaire débordait la cavité des membranes sur tout le pourtour dans une étendue d'au moins 3 ou 4 centimètres. Mais ce qu'il y avait de plus frappant, c'était la petitesse de la cavité ovulaire, pouvant contenir à peine deux cents grammes de liquide. — Il existait, à n'en pas douter, une soudure des deux membranes chorion ou amnios au niveau du bord libre.



GROSSESSE EXTRA-MEMBRANEUSE
a) Placenta. — *b)* Cavité ovulaire. — *c)* Cordon.

Une observation de môle hydatiforme.

(*Soc. médicale du Louvre*, février 1903.)

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter; d'une part, parce que les cas de grossesse molaire ne sont pas très fréquents (1 sur 2.000 d'après Mme Boivin, 1 sur 1.000 accouchements d'après les statistiques plus modernes);

D'autre part, parce que nous avons pu suspecter l'affection avant l'expulsion de vésicules hors des organes génitaux, en nous basant : sur l'excès de volume du ventre, les hémorragies, les vomissements et la sensation de mollesse, d'empâtement, toute particulière que présentait l'utérus.

Quarante-huit heures après notre premier examen la môle était expulsée, et, quoiqu'il n'y eût aucun phénomène d'infection, nous nous sommes décidés à faire le curetage et l'écouvillonnage préventifs.

On sait. en effet, qu'il y a à redouter :

1° L'envahissement des tissus environnants par la môle, qui peut pénétrer dans les sinus utérins, disséquer la fibre musculaire et venir faire saillie jusque dans le péritoine;

2° La production du *déciduome malin*.

Dans ces conditions, nous croyons qu'on peut conclure qu'*il faut :*

a) Evacuer l'utérus dès que le diagnostic est établi d'une façon ferme et qu'on ne perçoit pas de fœtus dans la cavité utérine.

b) Faire le nettoyage de la cavité utérine, avec le doigt, l'écouvillon, la curette mousse (cureter avec précaution, vu la minceur et la friabilité du muscle utérin).

c) Dans les cas d'envahissement certain du corps utérin, de transformation en déciduome malin, ne pas hésiter à pratiquer l'*hysterectomie*.

Un cas d'inversion utérine puerpérale complète.
(en collaboration avec le Dr Boissard)

(*Soc. d'Obst. de Paris*, Février 1902)

Les cas d'inversion utérine sont rares; aussi avons-nous cru intéressant de rapporter, à la suite de la très intéressante com-

munication du Dr Bar sur ce sujet, une observation que nous avons eu l'occasion de recueillir à l'hôpital de la Charité en 1893. Dans ce nouveau fait, on peut voir que le moment où l'on intervient pour réduire avec succès l'inversion n'est pas du tout indifférent, ce qui confirme les faits exposés par le Dr Bar sur les causes et les agents de l'étranglement de la partie inversée: comme lui, nous pensons que l'état des fibres musculaires du corps utérin est un facteur capital dans la difficulté ou l'impossibilité de la réduction.

Observation résumée.

Inversion utérine puerpérale complète (survenue immédiatement après l'accouchement). — Réduction immédiate. — Reproduction de l'inversion le deuxième jour, à la suite d'efforts de défécation. — Trois tentatives infructueuses de réduction sous le chloroforme. — Réduction manuelle faite à la Charité. — Infection. — Ecouvillonnage de la cavité utérine le onzième jour. — Mort par embolie septique le vingt-deuxième jour après l'accouchement.

F. Ipare, 25 ans, entrée dans le service d'accouchement de la Charité, le 18 novembre 1893, à 1 heure du matin. Rien dans les antécédents de la malade. Accouchement normal le 14 novembre, à 5 heures du matin.

Immédiatement après l'expulsion du fœtus, nous a-t-on raconté, le placenta apparaît à la vulve, ayant entraîné l'utérus complètement inversé.

Il nous a été impossible d'élucider la cause de cette inversion. Délivrance immédiate. — Réduction facile, paraît-il, de l'inversion. — On tamponne la cavité utérine à la gaze iodoformée et on retire le tampon douze heures après.

Le 15 novembre, rien de particulier à noter : la malade est bien, urine seule, pas de garde-robes. La température est normale (nous a-t-on dit), deux injections vaginales par jour.

Le 16 novembre, température normale. La malade va deux fois à la garde-robe et, à la suite de sa dernière selle, se plaint de vives douleurs dans le ventre : on lui fait une piqûre de morphine dans la soirée.

Le vendredi 17 novembre, à 9 heures du matin, son médecin veut lui faire une injection vaginale et s'aperçoit qu'il ne peut faire pénétrer la canule. Pratiquant le toucher, il constate que l'inversion utérine

s'est reproduite. On fait une première tentative de réduction, mais on s'arrête en présence des douleurs accusées par la malade.

Dans l'après-midi, on fait deux nouvelles tentatives de réduction sous le chloroforme sans résultats. La dernière fois, il se produit une hémorragie assez abondante. A 6 heures du soir la température est de 39°6.

Dans la soirée, on fait une nouvelle tentative de réduction sous le chloroforme, tentative qui reste infructueuse.

A 1 heure du matin, la malade est apportée à la Charité. A son arrivée elle est dans un état très grave. Elle est pâle, exsangue, sa respiration est haletante : la température 39°2. Pouls petit, incomptable.

Elle répond à peine et d'une voix très faible aux questions qui lui sont faites; elle est dans un état semi-comateux, dû à la perte de sang considérable qu'elle a faite et à la quantité de chloroforme qu'elle a absorbé tant dans la journée que le soir.

La femme est placée dans la position obstétricale et, les précautions antiseptiques étant prises, on la soumet à l'action du chloroforme. On sonde la malade et on retire environ 100 grammes d'urine foncée ne contenant pas d'albumine.

Examen. — Par la palpation de l'abdomen, qui est peu distendu, on ne constate pas la présence du globe utérin comme chez une femme accouchée depuis 4 jours : cependant une fois la vessie vidée, on sent au-dessus du pubis une masse du volume du poing, présentant à son extrémité supérieure une dépression en cul de fiole.

Au toucher. — On arrive immédiatement sur une tumeur dure, tendue, du volume d'une tête de fœtus, appuyant sur le plancher périnal, donnant au toucher la sensation de la muqueuse utérine; à gauche et un peu en haut on sent la place de l'insertion placentaire.

Les culs-de-sac vaginaux ont disparu; en aucun point on ne constate l'orifice du col.

On est donc bien en présence d'une inversion totale de l'utérus :

En écartant les petites lèvres, on voit une surface irrégulière, exsangue, d'une couleur grisâtre, semblant avoir par place des tendances au sphacèle.

On fait une nouvelle injection antiseptique à la femme, et on se met en devoir de réduire cette inversion.

Après avoir enduit sa main droite de vaseline, on l'introduit tout entière dans le vagin et on saisit la tumeur à pleine main, le fond dans la paume de la main, les doigts saisissant par leurs extrémités la base d'implantation de cette tumeur; à ce moment, on perçoit de temps en temps des contractions; aussi l'opérateur n'agit-il que dans l'intervalle de ces contractions.

La main gauche, placée sur l'abdomen, s'efforce de dilater l'orifice en cul de fiole pendant que la main droite procède à la réduction; la main vaginale exprime la tumeur en main, tandis que les doigts refoulent peu à peu sa base d'implantation, de façon à reconstituer une cavité utérine en réduisant les premières les portions de l'utérus inversées les dernières.

Bientôt la tumeur se ramollit et se réduit un peu; par la palpation abdominale on sent le globe utérin qui se reforme et la dépression en cul de fiole diminue progressivement. Enfin, après 35 minutes de cette manœuvre très pénible, l'inversion est complètement réduite; il s'est produit un léger écoulement sanguin pendant tout le temps de l'opération.

Une fois l'inversion réduite on sent par le palper le fond de l'utérus remontant jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus du pubis, la consistance de cet utérus est assez molle.

Par le toucher, on arrive dans un vaste canal cervico-utérin, se continuant avec le vagin, presque sans ligne de démarcation; cependant en cherchant avec soin, on sent le pourtour de l'orifice du col :

On fait une injection intra-utérine de sublimé à 0,25 pour 1.000 gr. et un tamponnement intra-utérin et vaginal à la gaze iodoformée, puis on applique un tampon de ouate à l'orifice vulvaire, du coton sec par-dessus plus un bandage en T. On fait ensuite une injection sous-cutanée de 15 gouttes d'ergotinine.

La malade se réveille assez facilement; on la surveille avec grand soin pendant toute la nuit. A 5 heures du matin, on lui donne une pilule de 0,05 d'extrait thébaïque, puis comme boisson du champagne et du grog qu'elle ne vomit pas.

Le 18 novembre, dans la matinée, il y a une légère amélioration, la température est tombée à 37°,9, le pouls est à 112, mais la malade est toujours extrêmement faible : elle répond à peine aux questions qu'on lui pose.

Le soir, à 5 heures, la température est remontée à 38,9, le pouls est à 124.

On retire le tamponnement (14 mètres de gaze iodoformée) et à mesure qu'on retire le tampon on voit l'utérus revenir progressivement sur lui-même; cependant on pénètre toujours très facilement dans la cavité, on fait une injection de deux litres de sublimé à 0,25 pour 1.000 qu'on fait suivre d'une injection de trois litres d'eau naphtolée. Tamponnement vaginal.

Comme alimentation : lait, grogs, champagne. Dans la soirée, la malade est très agitée; on a peine à la maintenir dans son lit; elle a

un peu de subdélire, parfois elle a des accès de suffocation qui durent quelques instants, puis cessent; elle a du hoquet, quelques vomissements. L'agitation persistant, on lui fait à 1 heure du matin une piqûre de morphine de 0 gr, 01 ; à ce moment, sa température est de 37°8, pouls 140.

Les jours suivants l'état reste sensiblement le même: temp oscillant entre 38 et 39, le pouls aux environs de 100. — Lochies fétides. — Les injections intra-utérines ramènent des débris grisâtres, sphacelés, aussi le 24 novembre (11e jour) onse décide à pratiquer l'écouvillonnage de la cavité utérine.

A la suite, il se produit une amélioration sensible et la malade sort du service, sur sa demande, le 28 novembre, dans un état relativement satisfaisant.

Nous avons été appelés à voir la malade huit jours après sa sortie de l'hôpital. Elle est dans un état très grave, en proie à une dyspnée extrême, avec cyanose des extrémités, sueurs profuses, etc.

La température n'a pas été prise, le pouls est très petit et irrégulier.

A l'auscultation des poumons, on constate des signes de petits infarctus multiples, des deux côtés de la poitrine.

Il s'est fait certainement des embolies pulmonaires septiques : du reste l'examen bactériologique du sang, fait par le Dr Legry, au laboratoire de la Charité, avait révélé la présence de microorganismes.

La malade s'est éteinte dans la nuit avec un léger subdelirium.

Les points suivants nous paraissent surtout devoir être fixés :

1° *La reproduction de l'inversion* qui aurait été réduite une première fois. Nous disons « aurait été réduite » sans pouvoir l'affirmer, car il est possible que la portion utérine inversée ait été seulement réduite dans le vagin, comme cela a été signalé.

2° *La possibilité de la réduction manuelle sous le chloroforme* alors que quelques heures auparavant, cette réduction avait été tentée infructueusement et sans succès.

3° *L'état de contraction des fibres musculaires du corps uté-*

rin semble être la cause des difficultés ou de l'impossibilité de la réduction de l'inversion utérine.

4° *L'inversion utérine constitue un des accidents les plus redoutables de la délivrance.*

5° *Même réduite, l'inversion utérine amène le plus souvent la mort de la femme,* soit par le schock, l'hémorragie ou la septicémie.

Décollement prématuré du placenta devenu prœvia par glissement.

(*Soc. d'obst. de Paris*, mai 1903.)

Dans ce cas, nous avons cru à un placenta prœvia marginal, alors qu'en réalité, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte par l'examen ultérieur de l'arrière-faix, on a vu qu'il s'agissait d'une hémorragie retroplacentaire ayant produit le décollement du placenta et sa descente jusqu'au bord de l'orifice interne.

Lorsqu'on vient, en effet, après l'accouchement, à examiner le sac membraneux, qui est complet, on constate que la déchirure, qui est légèrement oblique par rapport au bord du placenta, est à *une distance de 8 centimètres de ce bord, par son plus petit côté.*

De plus, lorsqu'on examine la face utérine du placenta, au niveau du bord inférieur, on constate une dépression assez marquée, où se logeait un caillot volumineux, gros comme le poing environ, qui a été expulsé en même temps que le placenta.

Les faits de *faux placenta prœvia par glissement* ne sont pas très fréquents.

En 1877, Riedenger, assistant de Braun, à Vienne, en a rapporté une observation.

M. Budin en a rapporté un autre cas dans une leçon faite à l'hôpital de la Charité en 1894.

Enfin, M. Thébaud a fait de ces observations (en 1897), le sujet de sa thèse inaugurale et en rapporte deux nouveaux cas qui lui sont personnels.

Nous avons cru qu'il était intéressant de relater cette

observation, eu égard surtout aux erreurs d'interprétation clinique auxquels des cas de ce genre peuvent donner lieu.

Deux observations de stercorrhémie pendant les suites de couches.

(*Bulletins et mémoires de la Soc. médico-chirurgicale de Paris*, février 1899.)

Nous savons que souvent, au cours des suites de couches, on voit survenir de la constipation et qu'on est forcé de surveiller de près le bon fonctionnement de l'intestin. Cependant, il est rare de voir ces phénomènes aller jusqu'à produire des accidents fébriles qui peuvent donner le change et faire croire parfois à des phénomènes d'infection puerpuérale. C'est cependant ce que nous avons eu l'occasion d'observer dans deux cas que nous rapportons ici.

Dans le premier, il s'agissait d'une dame IIpare, chez laquelle le premier accouchement avait été suivi, paraît-il, d'accidents infectieux. Je l'accouche la deuxième fois et j'extrais par le forceps un enfant vivant de 4.500. Suites de couches parfaites jusqu'au neuvième jour où la température s'élève à 37°8, le pouls à 116. *Rien du côté des organes génitaux*. Tout rentre dans l'ordre à la suite d'une évacuation alvine abondante. Le treizième jour, frisson violent, la température s'élève à 39°, le pouls à 120. On donne un lavement d'eau bouillie de 3 litres à l'aide d'une sonde rectale et une purgation qui sont suivies d'évacuations alvines *très abondantes et très fétides:* à la suite tout rentre dans l'ordre.

Dans le deuxième cas, c'est le quatrième jour que la température s'est élevé à 39°5. Songeant à l'infection utérine, j'ai examiné les organes génitaux avec le plus grand soin : il n'y avait rien du côté du vagin; l'utérus était bien rétracté et le toucher permettait de constater que l'orifice interne n'était pas perméable.

A la suite d'un lavement purgatif du Codex, qui provoqua une abondante évacuation de matières fécales très fétides, tout rentra dans l'ordre.

On ne saurait donc jamais trop surveiller les fonctions digestives chez les nouvelles accouchées, sans quoi on s'expo-

serait à des accidents, ainsi que le professeur Budin en a rapporté des exemples dans une leçon faite en 1893, à la Charité, sur les *Rapports de l'utérus avec l'intestin au point de vue clinique.*

Appendicite pendant les suites de couches.

(*Soc. Obst. de France*, 1901.)

Nous avons eu l'occasion d'observer l'année dernière, à la suite d'un accouchement des plus pénibles chez une primipare âgée (forceps en OIDP, délivrance artificielle, périnéorraphie), une crise appendiculaire, survenue le lendemain de l'accouchement, sans que rien, sauf de la constipation depuis de longues années, ait pu faire prévoir l'apparition de cet accident. — La malade, soumise au traitement médical (glace sur le ventre, diète hydrique, etc.), a parfaitement guéri, a été opérée à froid deux mois après et va tout à fait bien maintenant. Un fait intéressant à noter dans cette observation, c'est que, malgré la crise bien nette d'appendicite, malgré l'élévation de température, il n'y a pas eu trace de phénomènes infectieux du côté des organes génitaux.

De la présentation du siège décomplété mode des fesses.

Mensurations fœtales faites pour le Dr Bonnaire, au sujet d'un article sur l'abaissement prophylactique du pied. (*Semaine médicale 1893.*)

Du siège décomplété mode des fesses. — Mensurations. — Etude pronostique et statistique.

(*Soc. Obst. de France*, 1904.)

Lorsqu'on ouvre les auteurs classiques, on voit que presque tous sont d'accord pour admettre que la présentation de l'extrémité pelvienne, prise en bloc, se rencontre dans le cas de fœtus à terme dans la proportion de 1 sur 60 accouchements, mais que, par ordre de fréquence, on trouve : le siège complet, puis le siège décomplété mode des fesses. — Or, en examinant les statistiques :

a) De la clinique Tarnier (service du professeur Budin) pendant quatre ans ;

b) De la Maternité (service du Dr Porack) pendant trois ans ;

c) De la Maternité de Lariboisière (service du Dr Bonnaire) pendant un an, nous réunissons 527 cas de présentations du siège dans lesquels les enfants pèsent plus de 2.000 grammes.

Ces 527 cas se divisent de la façon suivante :

Siège complet : 215	Primipares	83
	Multipares	121
	Parité inconnue.	11
Siège décomplété mode des fesses : 312	Primipares	163
	Multipares	141
	Parité inconnue .	11

Nous voyons donc que l'on rencontre la présentation du siège complet par rapport au siège décomplété mode des fesses dans la proportion de $\frac{2}{3}$.

Enfin c'est surtout chez les primipares que nous voyons se produire le siège décomplété mode des fesses, contrairement au siège complet pour lequel nous trouvons *121 multipares*, pour *83 primipares*.

A quoi tient cette prédominance du siège décomplété mode des fesses ? C'est ce qu'il est difficile de déterminer. La forme en coin du mode des fesses s'accommode peut-être mieux à la forme du segment inférieur ; peut-être aussi la fréquence, chez les primipares, tient-elle à une tonicité plus grande du muscle utérin, et en particulier du segment inférieur. Ce ne sont, du reste, que des hypothèses.

Dans une autre partie de ce travail, nous avons recherché si le pronostic de la présentation du siège décomplété mode des fesses était aussi mauvais qu'on l'écrit et cela en nous basant sur des statistiques et sur des mensurations cadavériques. Déjà, en 1897, notre maître, M. Bonnaire, à qui revient l'idée première de ces recherches, avait conseillé à M. Bloc d'en faire le sujet de sa thèse inaugurale. Nous avons repris les mensurations de M. Bloc, mais en mensurant des fœtus morts, au lieu de fœtus vivants, car dans les mensurations du thorax qu'il a prises, la présence de l'air dans les poumons amplifie la cage thoracique : en prenant des fœtus mort-nés, *non macérés*, et *non insufflés*, nous nous rapprochons le plus possible des conditions dans lesquelles se trouve le fœtus *in utero*.

Toutes nos mensurations ont porté sur des enfants de plus de 2 kilog. Lorsqu'on examine en effet un fœtus se présentant par le siège décomplété mode des fesses, la circonférence de la présentation est plus petite que dans le cas du siège complet, c'est certain. Mais si on examine le thorax, n'y a-t-il pas lieu de se demander si la présence des membres pelviens relevés le long du thorax, et qui, suivant la remarque de Tarnier, gênent pour l'inflexion latérale du tronc, n'est pas jusqu'à un certain point favorable au point de vue de la dilatation et du passage de la tête à travers le col. Si nous mensurons la circonférence, que nous appellerons, avec M. Bloc, sous-scapulo-rétro-tibiale, nous voyons que cette circonférence est *toujours sensiblement égale au périmètre maximum du siège complet* et toujours *supérieure* aux circonférences SOB et SOF, alors même que les bras sont relevés, c'est-à-dire dans les conditions les plus défavorables.

Voici, du reste, nos mensurations :

Mensurations faites sur des fœtus mort-nés non insufflés pesant plus de 2.000 grammes.

POIDS DU FOETUS	Circ. du siège complet	Cir. du siège décomplété mode des fesses	Circ. sous-scapulo-rétro tibiale		Circ. S O B	Circ. S O F	Circ. O F Bras le long des tempes.
			bras relevés	br au corps			
2.150 gr.	32	30	32	33	25,5	26,5	30,5
2.330 gr.	29	27	29	31	29	29,5	34
2.400 gr.	30	29	30	33	Perforation du crâne		
2.880 gr.	35	31	35	37	30	31,5	35,5
3.150 gr.	32	30	34	36,5	30,5	33	37,5
3.200 gr.	33,5	32	33	36,5	29	30	36
3.400 gr.	39	36,5	38,5	40	31	34	38
3.480 gr.	34	33	34,5	38,5	30	32,5	37
3.600 gr.	43	37,5	43	44,5	31,5	33	38,5

Quant aux statistiques fœtales, quoiqu'elles soient favorables à notre hypothèse (mortalité fœtale dans le siége complet, 9. 54 0/0; mortalité fœtale dans le siège décomplété mode des fesses, 6, 64 0/0), elles ne portent pas sur un nombre de cas suffisant pour que nous puissions en tirer des conclusions fermes, mais nous avons l'intention de continuer cette étude.

Recherches cliniques sur les mensurations de la tête fœtale à travers la paroi abdominale.

(*Soc. obst. de France*, 1897. En collaboration avec le Dr Perret.)

Dans cette note nous avons rapporté 16 cas dans lesquels nous avons pratiqué la mensuration de la tête fœtale à travers la paroi abdominale à l'aide du procédé indiqué par M. Perret dans sa thèse inaugurale.

Ce procédé consiste, ne pouvant mesurer directement le diamètre bi-pariétal, à mesurer le diamètre occipito-frontal et à en déduire le bi-pariétal. La différence qui existe entre le bi-pariétal et l'occipito-frontal est en moyenne de 25 millimètres. D'où il résulte qu'étant donné un diamètre occipito-frontal, il suffira d'en retrancher 25 millimètres pour avoir sensiblement le diamètre bi-pariétal correspondant.

Sur nos 16 cas :

2 fois les mensurations ont été très difficiles à cause de conditions particulières.

Sur les 14 cas restants :

4 fois, les mensurations ont été *exactes;*

2 fois, il y a eu une erreur en plus de 2 *millimètres;*

8 fois, une erreur en moins de 1 *millimètre;*

Nous en avons déduit les conséquences qu'on en pouvait tirer au point de vue de l'accouchement provoqué artificiel.

Opérations obstétricales

Contribution à l'étude de la version dans les bassins rétrécis.

(Thèse inaugurale 1894)

Ce travail a été fait sous l'inspiration de notre maître le professeur Budin, dont nous avions à ce moment l'honneur d'être l'interne.

Après avoir successivement étudié :

L'historique de la question;

Le diagnostic des rétrécissements du bassin;

Les indications et contre-indications de la version dans les rétrécissements pelviens;

Le manuel opératoire :

Nous rapportons un certain nombre d'observations personnelles, qui nous donnent les résultats suivants :

0 comme mortalité *maternelle.*

27,2 0/0 — *fœtale.*

Voici enfin quelles sont les conclusions auxquelles nous sommes amenés :

Dans les bassins viciés par le rachitisme, il est des cas où la version, suivie de l'extraction, peut rendre des services.

Il y a lieu de distinguer entre le *bassin plat* et le *bassin généralement rétréci.*

1° Dans le *bassin plat,* la version est possible jusqu'à 7 c. 5 de diamètre promonto-pubien minimum, parce qu'on a de la place sur les parties latérales. On ne devra pas attendre trop longtemps pour pratiquer cette opération. Quand la dilatation est complète, si on voit que, malgré des contractions énergiques, la tête n'a pas de tendance à s'engager, il faut intervenir. Il importe aussi de tenir grand compte du volume de l'enfant relativement au degré et à la forme du rétrécissement; de bien connaître le mécanisme du passage de la tête à travers le détroit supérieur rétréci; de recourir au manuel opératoire que nous avons indiqué.

2° Dans le *bassin généralement rétréci*, la version n'est pas une bonne opération, et c'est au forceps ou à la symphyséotomie que, suivant les cas, il faut avoir recours.

Si la tête est solidement fixée au détroit supérieur, quelle que soit la forme du bassin, on devra tenter une application oblique de forceps, et, si le forceps échoue, faire la symphyséotomie.

Avant terme, on peut pratiquer la version comme complément de l'accouchement prématuré, soit provoqué, soit spontané, en prenant pour limites 6 c. à 6 c. 5 de diamètre promonto-pubien minimum dans le cas de bassin plat.

Lorsque le fœtus est mort, si l'accouchement ne peut se terminer spontanément, on tente la version ou une application de forceps, si on prévoit que l'intervention doive être facile; si on échoue, il faut sans attendre pratiquer l'embryotomie.

Statistique des applications de forceps faites à la clinique Tarnier (service du prof. Budin) en 1898-1899.

(*Soc. obst. de France*, 1899. En collaboration avec le Dr Thoyer-Rozat.)

Voici les résultats que nous avons obtenus. Il a été fait pendant la période qui nous occupe :

236 applications de forceps ;
25 au détroit supérieur,
211 dans l'excavation.

Détroit supérieur : 25 cas.

Mortalité maternelle. — 1 femme morte (amenée du dehors profondément infectée).

Mortalité fœtale. — 7 (dont on doit retirer 3 cas d'enfants morts avant l'intervention), reste 4.

Soit : 16 0/0 de mortalité fœtale.

Détroit inférieur ou excavation : 211 cas.

Mortalité maternelle. — 1 (femme morte d'éclampsie).

Mortalité fœtale. — 23 (dont nous devons déduire 1 anencéphale, 1 macéré, 4 enfants morts avant l'intervention), soit 17 morts.

Soit 8 0/0 de mortalité fœtale.

Accouchements provoqués à la clinique Tarnier en 1897.

(Soc. obst. de France, 1898.)

Dans cette communication je rapporte huit observations de femmes ayant un bassin modérément rétréci, chez lesquelles j'ai provoqué l'accouchement au cours du neuvième mois, en me basant pour déterminer l'époque à laquelle on devait faire accoucher ces femmes, d'une part, sur le volume du fœtus et en particulier de la tête fœtale mesurée à l'aide du procédé de Perret.

Sur ces huit observations, il en est une que, dès le début, nous mettrons à part (Obs. 8 du tableau), car, après avoir provoqué l'accouchement, on fut forcé, pour le terminer, d'avoir recours à la symphyséotomie.

Il s'agissait d'une femme M., enceinte pour la 4e fois, chez laquelle le 1er accouchement s'était terminé spontanément à terme (enfant petit); la 2e fois, application de forceps pénible, enfant vivant; la 3e fois, embryotomie faite à la clinique Baudeloque.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 14 au 21 avril 1896. Le professeur Tarnier examine la parturiente en novembre 1896; il constate qu'elle est enceinte de six mois et demi environ, que, de plus, elle présente un bassin généralement rétréci avec un diamètre p.-s.-p. égal à 10,4.

En janvier 1897, l'enfant a pris un développement considérable et on se décide à intervenir.

Le 11 janvier, à une heure du matin, introduction du petit ballon Tarnier; une heure après, apparition des premières douleurs, mais le travail marche très lentement.

Le 12, à 10 heures du matin, le petit ballon est expulsé; les douleurs continuent très espacées.

Le 13, à 9 heures, la dilatation égale une grande paume de main, les membranes sont rompues depuis la veille à 5 heures. La partie fœtale, la tête, n'a nulle tendance à descendre; elle est au détroit supérieur en OIDA. On tente une application de forceps, et comme, après des tractions modérées, on voit que rien ne s'engage, sur les conseils du professeur Tarnier, M. Bonnaire, laissant le forceps en place, fait une symphyséotomie.

Immédiatement après la section de la symphyse, on extrait, à l'aide du forceps qui était resté en place, un enfant du poids de 3,830 grammes qui naît étonné, mais est vite ranimé. Suites de couches normales. La mère et l'enfant sont sortis de l'hôpital vivants et bien portants.

Si nous éliminons cette observation, il nous reste sept accouchements dans lesquels nous avons provoqué le travail à l'aide du ballon du professeur Tarnier auquel nous avons été forcé d'adjoindre, sauf dans un seul cas, soit l'écarteur, soit le ballon de M. Champetier de Ribes.

En résumé, nous voyons que sur 7 accouchements prématurés provoqués :

3 se sont terminés spontanément ;

2 ont été terminés par des applications de forceps au détroit inférieur.

2 par des versions pour défaut d'engagement de la partie fœtale.

Tous ces accouchements ont été provoqués dans des bassins modérément rétrécis.

1 mesurait 9 cm. 2 de diamètre promonto-pubien minimum.
2 — 9 c. — —
3 — 8 c. à 9 c. — —
1 — 8 c. — —

En ce qui concerne les résultats, la *mortalité* maternelle a été *nulle*.

Quant à la *morbidité*, deux femmes ont eu de la lymphangite du sein pendant leurs suites de couches.

Pour les enfants :

6 sont sortis de l'hôpital en bon état ; 1 a succombé au 10e jour à de l'infection gastro-intestinale et à de la bronchopneumonie ; comme il pesait 3,200 grammes à sa naissance, nous ne croyons pas qu'on puisse, en ce cas, incriminer l'accouchement prématuré.

Deux observations d'accouchement méthodiquement rapide par le procédé de M. Bonnaire.

(*Soc. d'Obst. de Paris*, juillet 1899.)

Dans deux cas j'ai eu l'occasion de pratiquer la dilatation bi-manuelle du col utérin (procédé de Bonnaire). Dans le

1er la dilatation était de 3 c. 1/2, l'enfant souffrait. Les membranes étaient rompues depuis 30 heures, le travail durait depuis 36 heures; *en 20 minutes* j'ai obtenu une dilatation complète qui m'a permis d'extraire par le forceps un enfant vivant (la malade était primipare).

Dans le 2e cas, il s'agissait d'une malade Vpare ayant un placenta prævia s'accompagnant d'hémorragies graves compromettant la vie de la mère; l'enfant avait succombé. La dilatation était de 1 centimètre environ. En moins de dix minutes, la dilatation était complète par le procédé bi-manuel.

Suites de couches parfaites dans les deux cas.

Notons que d'une part l'intervention a été relativement facile ; d'autre part que, quoique ayant en vue de pratiquer l'accouchement rapide, nous ne sommes intervenu que lorsque la *dilatation était complète*.

Deux cas d'éclampsie traités par l'accouchement méthodiquement rapide.

(*Soc. d'Obst. de Paris*, février 1900.)

Dans ces deux observations, que nous avons rapportées à la Société d'Obstétrique de Paris, nous avons cru devoir terminer rapidement l'accouchement par la dilatation bi-manuelle (procédé de Bonnaire). Chez l'une des malades le travail était à peine commencé; chez l'autre, le col avait encore presque toute sa longueur et était simplement perméable au doigt.

Voici du reste nos deux observations :

Observation I.

Mme G..., IIparc, âgée de 25 ans. — Rien dans les antécédents sauf une scarlatine grave à 9 ans.

Grossesse actuelle. — D. R. fin février 1899.

En septembre 1899 (enceinte alors de 5 mois et demi à 6 mois), la malade, à la suite d'assez grandes fatigues occasionnées par son commerce, qui l'oblige à rester souvent debout, s'aperçoit que ses jambes sont enflées ; de plus, elle éprouve des douleurs épigastriques violentes et de fréquentes insomnies. La sage-femme qui assiste la parturiente

dit avoir examiné les urines et ne pas y avoir trouvé d'albumine. La malade ne fut pas mise au lait.

Le 18 octobre 1899, au moment de se lever, vers 7 heures, sans raison apparente, la malade perd connaissance et a une crise pendant laquelle elle se mord la langue ; son mari, très effrayé, envoie chercher la sage-femme et le Dr Noir, qui trouve la malade dans le coma et assiste, au moment de son arrivée, à une crise caractéristique d'éclampsie. Il sonde la malade, retire à peine 150 gr. d'urine dans laquelle il trouve de l'albumine à flots.

Il fait immédiatement donner à la femme un grand lavement évacuant et un lavement avec 4 gr. de chloral. Pendant ce temps, la malade a quatre nouvelles crises.

Je la vois à 10 heures et demie. Elle est dans le coma et présente l'aspect caractéristique de l'éclamptique. Au moment où je m'approche de son lit pour l'examiner, elle a une nouvelle crise qui dure environ 3 minutes, c'est la septième.

On lui donne du chloroforme et je fais l'examen. Par le palper je constate un utérus développé comme un utérus de 7 mois et quart environ. L'enfant se présente par le sommet en OIGT. la tête s'amorce au niveau du détroit supérieur pendant les contractions qui sont peu fréquentes et peu énergiques. Les bruits du cœur sont irréguliers et soufflants.

Au toucher, je trouve un col diminué de longueur, dilatable de 1 centimètre environ ; la poche des eaux est rompue et il s'écoule du liquide teinté de méconium.

Je me décide à hâter l'accouchement. A *11 heures*, la malade étant toujours endormie, je fais la dilatation manuelle par le procédé de M. Bonnaire et à *11 heures* 20 le col est complètement dilaté. Je fais une application oblique de forceps en GT au niveau du détroit supérieur et à 11 heures et demie j'extrais un enfant du poids de 1.885 gr., né en état de mort apparente, que je pus ranimer, mais qui succombait dans le courant de la journée. Quelques instants après l'accouchement, la délivrance se fait spontanément et est suivie d'une injection intra-utérine. J'examine le col, il ne présente pas trace de déchirure, sauf une cicatrice ancienne, existant du côté gauche, vestige de l'accouchement antérieur. On cesse le chloroforme à 11 heures 40 et au bout de quelque temps on fait prendre à la femme du lait, qu'elle boit assez facilement. Elle ne reprend connaissance que dans la soirée, mais *depuis son accouchement elle n'a pas eu de nouvelle crise.*

Observation II.

Mme T..., 23 ans, primipare.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ni personnels, sauf une scarlatine à l'âge de 3 ans et demi. Réglée à 11 ans. régulièrement, la parturiente a vu ses dernières règles du 18 au 22 avril 1899. Bonne grossesse.

Le 10 janvier 1900, la malade se plaignant de céphalée intense, d'éblouissements, le Dr Vallat, de Joinville-le-Pont, examine les urines et y constate la présence d'albumine : il prescrit le régime lacté, qui n'est pas suivi.

Dans la nuit du 29 au 30 janvier, la malade est prise de crises que le médecin appelé reconnaît être des crises d'éclampsie. Il prescrit le régime lacté, un lavement évacuant suivi d'un lavement de 4 gr. de chloral qui est gardé.

On ne peut arriver à faire garder du lait à la malade. Il nous a été impossible de savoir combien la malade avait eu de crises, mais, au dire des parents, elles auraient été très fréquentes.

Lorsque je vois la femme, à 2 heures et demie de l'après-midi, elle est dans le coma.

J'assiste à deux crises d'éclampsie dans l'espace de 10 minutes ; on peut faire avorter la deuxième en faisant respirer quelques bouffées de chloroforme.

Je profite de l'anesthésie pour examiner la malade : grossesse à terme ; fœtus vivant se présentant par le sommet en OIGT : tête amorcée au niveau du détroit supérieur.

Par le toucher : col encore long, facilement perméable dans toute son étendue. Bassin légèrement rétréci en forme de cœur de carte à jouer ; tête fixée au détroit supérieur. Poche des eaux intacte, commençant à bomber au moment des contractions.

Cette malade étant à terme, en imminence de travail, l'enfant étant vivant et bien portant, je pense qu'il y a intérêt pour la mère et pour l'enfant à hâter la terminaison de l'accouchement.

La malade étant soumise à l'anesthésie, je pratique la dilatation du col par le procédé de Bonnaire ; en 50 minutes j'obtiens une dilatation presque complète. Je tente une application oblique de forceps au détroit supérieur, la tête étant amorcée, mais pendant l'opération on m'avertit que les bruits du cœur deviennent sourds, irréguliers et soufflants. Je touche et je m'aperçois qu'une anse du cordon fait procidence en arrière et à droite ; anse animée de quelques faibles battements. Je retire rapidement le forceps et je fais la version qui me permet d'extraire un enfant du sexe masculin en état de mort apparente.

L'opération, depuis le moment où j'ai commencé la dilatation du col jusqu'à la sortie de l'enfant, a duré 1 heure 10.

Au bout de 3/4 d'heure, après avoir pratiqué l'aspiration et l'insufflation, l'enfant était ranimé et criait bien. Suites excellentes pour la mère et l'enfant.

Nous voyons donc que dans ces deux cas l'évacuation rapide de l'utérus a été suivie de succès pour les mères, et nous a permis dans le deuxième cas d'avoir un enfant vivant et bien portant.

Il est quelques points de nos observations qui méritent, croyons-nous, d'attirer l'attention.

Signalons d'abord, sans y insister autrement, que chez nos deux femmes nous avons trouvé deux scarlatines graves dans les antécédents.

En ce qui concerne l'intervention, dans la première observation, il s'agissait d'une secondipare au début du travail, avec parties molles relativement souples ; rien d'étonnant donc à ce que nous ayons pu réussir à avoir en 20 minutes une dilatation complète. C'est même cette facilité relative, que nous pouvions prévoir, jointe à l'état de souffrance de l'enfant, qui nous ont décidé à pratiquer l'accouchement rapide, quoique l'enfant ne fût âgé que de 7 mois 1/4; la poche des eaux était rompue, l'enfant rendait du méconium, les bruits du cœur étaient irréguliers : ne pas intervenir c'était pour lui la mort certaine, peut-être en opérant avions-nous une chance de le sauver, outre que pour la mère nous pratiquions l'évacuation de l'utérus, qui, croyions-nous, ne pouvait être que favorable.

Dans le deuxième cas, nous étions en présence d'une *primipare* avec un *col long* simplement perméable au doigt ; malgré ces conditions défavorables, nous avons pu néanmoins en 50 minutes, par la dilatation bi-manuelle, obtenir une dilatation presque complète, et cela sans effraction du col.

Nous savons cependant que dans deux observations analogues où le col n'était pas effacé, M. Bonnaire dit avoir échoué ; aussi, sans déconseiller cette pratique, dit-il que chez les primipares on s'expose à un échec.

Lors de la discussion de 1893 à l'Académie de Médecine, M. Charpentier, rapporteur de la question, s'est élevé contre l'accouchement rapide dans l'éclampsie, ainsi, du reste, que dans son rapport de 1896 au Congrès de Genève.

Peut-être, cependant, pourrait-on apporter quelque tempérament aux conclusions de M. Charpentier.

Nous ne voyons pas qu'on ait rapporté d'exemples de femmes ayant eu des accès pendant l'intervention, à la condition qu'elles soient soumises, bien entendu, à l'anesthésie par le chloroforme, à dose chirurgicale, qui du reste a été préconisé comme mode de traitement des accès éclamptiques.

Enfin, si l'éclampsie post-partum se rencontre dans 15 à 18 0/0 des cas, on peut, d'autre part, rapporter les statistiques de Dührsen, qui dans 93 0/0 des cas a vu les attaques cesser après l'évacuation de l'utérus.

Et ce n'est pas seulement en Allemagne que l'on est partisan de l'accouchement méthodiquement rapide dans l'éclampsie, mais encore en Italie.

Nous aurions pu rapporter différentes statistiques étrangères dans lesquelles on vante les bienfaits de cette méthode, mais en voici une qui nous a paru particulièrement intéressante.

Au 6ᵉ Congrès de la Société d'obstétrique et de gynécologie (Pavie, octobre 1899), Ferri rapporte 82 cas d'éclampsie observés à la Maternité de Milan, de 1893 à 1898, et traités par la dilatation artificielle du col :

19 fois on a employé le procédé de Dührsen.

7 fois on a employé le dilatateur de Bossi.

56 fois on a employé le dilatateur de Tarnier (employé sans doute à tort comme dilatateur mécanique).

Sur ces 82 cas, pas un accident opératoire.

6 femmes seulement ont succombé ; soit 7 0/0 de mortalité. Ces résultats sont tout-à-fait intéressants.

Ajoutons, en outre, que nous avons à notre disposition un procédé opératoire qui fait courir aux femmes des risques beaucoup moindres que les procédés employés par les auteurs étrangers.

Nous croyons donc que, dans certaines circonstances, lorsque la femme est prise de crises d'éclampsie à une époque de la grossesse où l'enfant est dans des conditions suffisantes pour être élevé, surtout si elle est multipare, on pourra peut-être recourir à l'accouchement méthodiquement rapide, et cela dans l'intérêt des mères et des enfants.

Fœtus - Nouveau-né - Allaitement

Deux observations d'enfants débiles.

(Soc. Obst. de France, 1899)

L'un, né à 6 mois, 1.128 grammes, tombé à 1.020 gr. le quatorzième jour : le deuxième, né à 7 mois, pesait 1.645, tombé à 1.520. Placés en couveuse, ils ont été élevés au sein de nourrices qui ont conservé leur propre enfant de façon à entretenir la sécrétion lactée (Budin). Tous deux sont actuellement vivants et bien portants.

Statistique d'une consultation de nourrissons à Paris, au dispensaire fondé par mon père, le Dr Dubrisay.

(Soc. Obst. de France 1902)

Allaitement au sein.

(Rapport à la Société médico-chirurgicale 1902.)

Chargé par mes collègues de la Société médico-chirurgicale de Paris, d'un rapport sur l'allaitement au sein, après un aperçu sommaire sur l'anatomie et la physiologie de la mamelle, j'ai réuni, dans une première partie, les règles principales de l'allaitement maternel. Dans la deuxième, j'ai étudié l'allaitement chez les débiles, en suivant les règles indiquées par le professeur Budin.

Observation de vaginite granuleuse au cours de la grossesse, etc.

(Soc. d'obst. de Paris, juin 1898. En collaboration avec le Dr Valency.)

Dans cette observation, ce qu'il y a d'intéressant c'est qu'on peut suivre l'enchaînement des phénomènes.

La mère a une vaginite granuleuse intense pendant sa grossesse ; il y a rupture précoce des membranes (tout à fait au début du travail). L'enfant naît et 24 heures après sa naissance a de l'ophtalmie purulente.

Malgré toutes les précautions prises, la malade a de la galactophorite, l'enfant s'infecte à nouveau et meurt avec des accidents du côté de l'ombilic et du tube digestif.

Infection à streptocoques du fœtus par la voie buccale.

(*Presse médicale*, 28 avril 1894. En collaboration avec le Dr Legry)

Dans ce travail nous avons établi que l'infection fœtale pouvait se réaliser par un autre procédé que la voie placentaire.

On sait que, dans les cas de rupture prématurée des membranes, le fait de la libre communication de la cavité de l'œuf avec l'air extérieur favorise, lorsque l'accouchement tarde trop, le développement de phénomènes de putréfaction intra-utérine.

Or, il n'était pas illogique de supposer que, si l'expulsion a eu lieu à l'un des stades primitifs qui aboutissent à la transformation putride et dont le terme initial ne peut être que l'adjonction de microbes au liquide de l'œuf, le séjour, même de courte durée, du fœtus dans la cavité amniotique ainsi contaminée, puisse être chez celui-ci le point de départ d'une infection qui évoluera après sa naissance.

Notre maître, M. Budin, avait attiré notre attention sur la possibilité de pareils faits, à propos d'une observation dans laquelle nous relevons les points suivants : 1° rupture prématurée des membranes; 2° 14 heures plus tard, fétidité du liquide amniotique; 3° extraction, 50 heures après la rupture, d'un enfant en état de mort apparente, ayant dégluti une grande quantité de mucosités qu'on retire avec l'aspirateur; 4° dès le lendemain apparition de râles fins aux deux bases, avec 38° de température; 5° mort le surlendemain et, à l'autopsie, constatation de noyaux de broncho-pneumonie.

N'y avait-il pas là un ensemble de circonstances qui permettait d'émettre cette hypothèse, que la pathogénie de l'affection pulmonaire, si hâtivement développée chez cet enfant, pouvait trouver son explication dans l'absorption, par les voies respiratoires, du liquide amniotique infecté?

Certes, cette interprétation pouvait soulever bien des objections. Il n'est pas inadmissible, en effet, que l'enfant ait contracté après sa naissance la broncho-pneumonie qui l'a enlevé,

puisqu'il s'est écoulé un temps assez long (20 heures environ) avant la constatation des premiers signes stéthoscopiques. De plus, aucun examen bactériologique comparatif n'ayant été pratiqué, les doutes les plus légitimes pouvaient subsister sur la filiation des accidents survenus chez la mère et chez l'enfant.

Dans un deuxième fait, les résultats de nos recherches anatomiques et bactériologiques mettent au-dessus de toute contestation, nous semble-t-il, le mode pathogénique spécial que nous avons invoqué tout à l'heure.

Les particularités suivantes se dégageaient de cette observation : 1° apparition dès le début de la grossesse d'une vaginite intense à streptocoques ; 2° une rupture prématurée des membranes ; 3° accouchement spontané 40 heures après cette rupture, le travail n'ayant duré que deux heures et demie ; 4° mort de l'enfant 11 heures après sa naissance, et, à l'autopsie, pleurésie à streptocoques avec noyaux d'hépatisation pulmonaire contenant le même micro-organisme.

Une première hypothèse à rejeter, suivant nous, est celle d'une infection pleuro-pulmonaire contractée après la naissance. La gravité et l'étendue des lésions ne peuvent laisser aucun doute à cet égard, étant donnée la courte durée de la vie de l'enfant. Disons, en outre, que dès sa naissance l'enfant, qui n'avait nullement souffert pendant le travail, d'ailleurs très rapide, a présenté des troubles respiratoires qui ont été en s'accentuant de plus en plus.

On ne saurait davantage rattacher les altérations que nous avons décrites à une transmission intra-utérine par la voie placentaire, car nous n'avons trouvé chez la mère aucune manifestation générale de nature infectieuse. Du reste, les recherches bactériologiques seraient peu favorables à cette manière de voir. Le sang de la mère et le sang de la veine ombilicale, de même que le placenta, ne contenaient aucun germe, et l'on pouvait opposer à l'abondance considérable des microbes dans les cultures du poumon et de la plèvre leur rareté véritable dans les tubes ensemencés avec le foie.

D'autre part, les coupes de ce dernier organe, indemne d'ailleurs de toute altération microscopique ou histologique nettement appréciable, ne présentaient que quelques amas

microbiens disséminés, tandis que la plèvre et le poumon, très profondément lésés, contenaient des microbes en très grande abondance.

Une seule interprétation nous paraît donc plausible. Nous venons de répéter que le liquide pleural et l'exsudat broncho-alvéolaire contenaient de nombreux streptocoques à l'état de pureté, et nous savons aussi que le pus de la vaginite renfermait les mêmes micro-organismes. Si l'on rapproche cette double notion du fait de la rupture prématurée des membranes et de la contamination possible du liquide amniotique, on est logiquement conduit à admettre que ce liquide a été infecté par des germes du pus vaginal et que, par son intermédiaire, l'infection s'est ensuite propagée aux voies respiratoires du fœtus, pour y déterminer *in utero* des désordres anatomiques déjà notables.

Nous ne voulons pas discuter ici le mécanisme pathogénique suivant lequel le liquide amniotique infecté a pu pénétrer dans les voies respiratoires du fœtus. C'est là une question absolument accessoire dans l'espèce, et il est évident, en tout cas, que les orifices du nez et de la bouche représentent des portes d'entrée facilement accessibles aux germes qui habitent la cavité amniotique. Il suffira, croyons-nous, d'avoir mis en relief les considérations théoriques qui légitiment notre interprétation et un ensemble de faits dûment contrôlés qui ont presque la valeur d'une démonstration expérimentale.

Une conclusion se dégage de nos deux observations, en ce qui concerne le pronostic relatif à l'enfant, dans le cas de rupture prématurée des membranes : c'est que, même si l'accouchement se termine, avant le développement confirmé de phénomènes putrides, par l'expulsion d'un enfant offrant les apparences de la santé, tout péril n'est pas conjuré pour celui-ci. Il se peut, en effet, qu'il ait été contaminé dans l'intérieur de la cavité utérine et qu'il porte en lui des microbes pathogènes, susceptibles de réaliser plus tard un état infectieux, s'ils n'ont déjà provoqué des lésions plus ou moins avancées, devant amener la mort à bref délai.

Imprimerie Joseph TÉQUI, 70, avenue du Maine, Paris.